

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN DEL NHEP

En este formulario debe ingresar las horas que pasa en clase y las horas de estudio. Las horas que pasa en esta actividad se detallan en su Plan de empleo (EP). Puede ingresar hasta una hora de tiempo de estudio no supervisado por cada hora de tiempo de clase en la fila *Horas de tarea domiciliaria no supervisada*. Si su clase requiere de un laboratorio, una pasantía, prácticas u horas de clínica, podrá ingresar estas horas en la fila *Horas de estudio supervisado*. Solo podrá reclamar estas horas si el tiempo estuvo supervisado.

Complete su nombre y n.º de RID. Complete las fechas de la semana que abarca este formulario. Marque la cantidad de horas que debe participar en el NHEP.

Complete el nombre de la clase, la cantidad de horas que pasa en clase cada día hasta las horas admitidas en su EP y el total semanal. Complete las *Horas de tarea domiciliaria no supervisada* ingresando una hora tiempo de tarea domiciliaria no supervisada por cada hora de clase y el total semanal. Ingrese todas las Horas de estudio supervisado que tenga y el total semanal en las filas de *Horas de estudio supervisado*. Sus instructores deben firmar cada una de sus entradas de tiempo de clase y de Horas de estudio supervisado y proporcionar información de contacto, tal como se muestra en el ejemplo.

Sume todas las horas en la columna del total semanal e ingrése las en la sección *Total de horas*. Complete el formulario ingresando el nombre de su escuela y firmando el formulario.

Nombre del participante: _____

N.º de RID: _____

FECHA DE INICIO / / FECHA DE FINALIZACIÓN / /
 Sábado Viernes

30 horas 20 horas Otro _____

Nombre de la clase	Horas de asistencia por día							Total semanal	Firma del instructor e información de contacto Al firmar este formulario declara que la persona antemencionada asistió a actividad de educación/capacitación en la fecha especificada.
	S	D	L	M	Mi	J	V		
Ejemplo 1. Enfermería 202			3		3			6	<i>Timothy Simmons, (603) 555-1978, tsimmons@univeristy.edu</i>
2. Enfermería 202 Clínica							8	8	<i>Sally Jones, (603) 555-3126, sjones@university.edu</i>
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
Horas de estudio supervisado (incluyendo laboratorio, pasantías, prácticas y horas de clínica; se necesita la firma para todas las horas ingresadas en esta fila)									
Horas de estudio supervisado (incluyendo laboratorio, pasantías, prácticas y horas de clínica; se necesita la firma para todas las horas ingresadas en esta fila)									
Horas de tarea domiciliaria no supervisada (una hora por cada hora de clase)									
Total de horas									Comentarios del instructor: _____

Nombre de la escuela: _____

Firma del participante: _____

Firma del ECS: _____

Sólo para uso oficial
 Revisado por ECS/ingresado en New HEIGHTS
 Iniciales/fecha: ____/____/____